



第3回 横浜市救急医療センター指定管理者選定評価委員会 次第

令和5年11月20日(月) 15:30~
横浜市役所 17階 S-01 会議室

1 開 会

2 議 事

・評価報告書(案)について【資料1】

3 閉 会

令和5年度 横浜市救急医療センター指定管理者選定評価委員会 委員名簿

	氏名	選出区分	現職・履歴等
1	えんどう 遠藤 じゅんこ 淳子	経営に関する 有識者	公認会計士
2	おち とよこ	市民	ジャーナリスト
3	かめい 亀井 みどり 美登里	医療に関する 有識者	埼玉医科大学医学部 社会医学 教授
4	さたけ 佐竹 みゆき	医療に関する 有識者	国家公務員共済組合連合会 南共済病院 看護部長
5	はやし 林 むねたか 宗貴	医療に関する 有識者	昭和大学藤が丘病院 救命救急科 診療科長・教授

(敬称略 五十音順)

※任期は、令和5年4月17日から令和7年3月31日までとなります。

(指定管理者：一般社団法人横浜市医師会)

横浜市救急医療センター センター長

鏑木 陽一

横浜市医師会夜間急病担当グループ課長

若杉 修

横浜市救急医療センター 事務長

岡崎 竜一

(事務局：横浜市)

医療局地域医療部長

大庭 伸仁

医療局地域医療部救急・災害医療課長

笹尾 洋介

医療局地域医療部救急・災害医療課係長

高野 友佑

医療局地域医療部救急・災害医療課担当

松元 智詠

横浜市救急医療センター
指定管理者選定評価委員会
評価報告書

令和5年〇月

目 次

I	横浜市救急医療センター指定管理者選定評価委員会について	1
1	目的	
2	選定評価委員会委員名簿	
3	選定評価委員会の開催経過	
II	横浜市救急医療センター概要	2
1	施設概要	
2	事業概要	
3	指定管理者	
III	評価方法及び評価基準	
1	評価基準の考え方	3
2	評価の方法・手順	3
3	評価の基準	3
4	評価基準項目一覧	4~7
IV	評価結果	
1	評価結果一覧	8
2	主な評価所見及び意見	9,10
	添付資料 評価シート	

横浜市救急医療センターの指定管理者は、「横浜市救急医療センター指定管理者選定評価委員会（以下、「選定評価委員会」という。）」による第三者評価を、指定期間の「4年目」と「8年目または9年目」に受審しなければなりません。

令和5年度は、指定期間（平成27年4月1日～令和7年3月31日）の9年目にあたるため、次のとおり選定評価委員会を実施しましたので、その結果を報告します。

I 横浜市救急医療センター指定管理者選定評価委員会について

1 目的

横浜市では、指定管理者制度を導入したすべての施設に対し、評価を通じて「施設運営の継続的な改善」につなげることを目的とした、第三者評価を実施することとしています。

横浜市救急医療センターについては、専門性や施設特性等を考慮して、「横浜市救急医療センター条例」により設置した外部有識者で構成される選定評価委員会において、第三者評価を実施しました。

2 選定評価委員会委員名簿

氏名	所属等	選出区分
亀井 美登里 (委員長)	埼玉医科大学医学部社会医学教授	医療に関する有識者
遠藤 淳子	日本公認会計士協会神奈川県会	経営に関する有識者
おち とよこ	ジャーナリスト	市民
佐竹 みゆき	国家公務員共済組合連合会 南共済病院 看護部長	医療に関する有識者
林 宗貴	昭和大学藤が丘病院 救命救急科 診療科長・教授	医療に関する有識者

3 選定評価委員会の開催経過

第1回	
日時・会場	令和5年6月1日(木) 15:00～16:30 横浜市役所 17階 S-01 会議室
審議内容	<ul style="list-style-type: none"> ・委員長及び委員長職務代理者の選出について ・会議の公開・非公開について ・評価委員会スケジュール(案)について ・評価方法及び評価基準(案)について
第2回	
日時・会場	令和5年10月13日(金) 13:30～17:00 横浜市夜間急病センター、横浜市救急相談センター、 横浜市技能文化会館 5F 特別会議室
審議内容	<ul style="list-style-type: none"> ・自己評価にかかるヒアリング、現場確認 ・自己評価の質疑応答、審議、書類確認
第3回	
日時・会場	令和5年11月20日(月) 15:30～16:10 横浜市役所 17階 S-01 会議室
審議内容	<ul style="list-style-type: none"> ・評価報告書(案)について

II 横浜市救急医療センター概要

横浜市救急医療センターは、①夜間急病センター、②救急相談センターの2施設の業務を指定管理により実施しています。

1 施設概要

(1) 開設年月日

昭和 56 年 5 月 11 日

(2) 所在地及び延床面積

所在地	延床面積	備考
中区桜木町1丁目1番地	3,613.28 m ²	夜間急病センター及び事務局 (横浜市健康福祉総合センター内)
中区蓬萊町2丁目4号1番地	417.62 m ²	救急相談センター

(※) 横浜市健康福祉総合センター

- ・敷地面積：1,729.70 m² ・建物延床面積：13,175.54 m²
- ・構造：鉄骨鉄筋コンクリート造、地上11階・地下2階・塔屋1階

2 事業概要

(1) 夜間急病センター

当該夜間急病センターは、北部・南西部夜間急病センターとともに、横浜市における初期救急医療の中核施設として、夜間急病患者の診療にあたっています。

なお、入院診療が必要と認められる場合には、二次応需病院等へ転送します。

- 診療科目 内科・小児科・耳鼻咽喉科・眼科
- 診療日・診療時間 毎日 20 時～24 時
- 診療体制 医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・診療放射線技師

(2) 救急医療情報センター（救急相談センター・#7119）

ア 医療機関案内

市内の医療機関における診療応需情報を収集し、当該情報を市民からの電話による照会に応じて提供しています。

イ 救急電話相談

全年齢を対象として、急な病気やけがのときに、看護師が症状に基づく緊急性や、受診の必要性についてアドバイスし、119番への転送や医療機関への受診勧奨を行います。

※ア・イともに24時間・365日対応

3 指定管理者

一般社団法人 横浜市医師会

(指定期間：平成27年4月1日～令和7年3月31日、10年間)

Ⅲ 評価方法及び評価基準

1 評価基準の考え方

評価の目的は、評価を行うこと自体ではなく、評価を通じて「施設運営の継続的な改善」につなげることです。そのため、「運営の継続的な改善につなげられるかどうか」という視点で基準を策定し、評価を行いました。

2 評価の方法・手順

(1) 指定管理者による自己評価の実施

評価シートの小項目に沿って自己評価を実施しました。

(2) 選定評価委員会による評価の実施

指定管理者が行った自己評価を参考の上、ヒアリングや現場確認を行い、委員が各々の専門的見地からの視点も入れて評価を行いました。

収支状況については、公認会計士の資格を有する委員の意見を参考にして、評価しました。

3 評価の基準

(1) 小項目の評価基準

下記判断基準に基づき、各委員で◎○△×の4段階で評価を行いました。

結果	判断基準の考え方 (○が標準)	
◎	指定管理者として	を上回っており、内容が優れている。
○	要求される基準	を達成している。 (基準となるレベル)
△	(協定書や業務基準、事業計画に定めるもの)	の一部が達成されておらず、一部改善を必要とする。
×		の多くが達成されておらず、重要な改善を必要としている。

(2) 項目の評価基準

小項目の4段階評価に基づき、概ね以下の基準にて評価しました。

結果	基本的な判断基準の考え方 (Bが標準)
A	小項目が全て○以上であり、◎がある。
B	小項目が全て○である。
C	小項目に一つでも△又は×がある。

(3) 選定評価委員会としての評価について

各委員の評価が一致した項目については、その評価を選定評価委員会としての評価としました。

委員間で評価が異なった項目については、選定評価委員会で意見交換の上、評価を確定しました。

4 評価基準項目一覧

通番	I 総則
1	1 施設の目的や理念・基本方針の確立
2	救急医療センターの設置目的に基づいた理念・管理運営上の基本方針が確立されており、職員が理解しているか。
3	救急医療センターの設置目的に基づいた理念・施設運営上の基本方針が明文化されている。
4	職員が、救急医療センターの設置目的に基づいた理念・施設運営上の基本方針を理解している。
5	利用者に対し、救急医療センターの設置目的に基づいた理念・施設運営上の基本方針を周知している。
6	施設の目的を達成するため、年度ごとに年間事業計画書、実績報告書を作成している。
7	自己の業務実績について、定期的に評価検証を行っている。
8	2 コンプライアンス(法令遵守)の取組
9	コンプライアンス(法令遵守)に関する取組が行われているか。
10	医療法・消防法等診療所等の管理に関わる各種法令や内部規定等を遵守している。
11	法令遵守が組織的に認識され、周知・徹底し、継続的に遵守する取組を行っている。
12	診療所管理者は各種法令や内部規定を十分に理解している。
13	3 個人情報の保護・情報公開
14	個人情報の保護及び情報公開に対する体制が整っているか。
15	個人情報保護の取扱いに関する指針が策定されており、必要な内容は満たされている。
16	情報漏えい、き損及び改ざんの防止、その他適正な管理のために必要な措置が講じられている。
17	個人情報保護に関する研修会が開催されている。
18	情報公開に関する規定が定められており、規定に沿った運用が行われている。
19	診察室等において、患者のプライバシーが確保されている。(夜間急病センター)
20	カルテなどの患者情報、診療記録が適切に管理されている。(夜間急病センター)
21	電話対応の記録が適切に管理されている。(救急相談センター)
	II 施設・設備の維持管理
22	1 建物・設備の保守点検
23	建物・設備が適切に管理され、安全性の確保及び良好な機能の保持が実現されているか。
24	定期的に設備の点検が実施され、利用者が常に安全に利用できる状態に保たれている。
25	安全確保の観点から発見された不具合が迅速かつ適切に、修繕、処理されている。
26	施設の長寿命化の観点から、適切な中長期的な修繕計画が立てられている。(夜間急病センター)
27	2 備品管理
28	施設の備品・医療機器が適切に管理されているか。
29	備品台帳に記された備品がすべて揃っており、救急医療センター(横浜市)と指定管理者の備品との区分が明確になっているなど、適正に管理されている。
30	医療設備や、ネットワーク機器等の点検が定期的実施され、良好な状態を保っている。
31	医療設備や、ネットワーク機器等のトラブル発生時の対応体制が整っている。
32	各備品の劣化状況を把握し、中長期的な更新計画が立てられている。
33	3 清掃・廃棄物処理・保安警備
34	利用者が快適で安全に利用できるような環境を確保しているか。
35	施設の清掃が行き届いており、利用者及び従事者が快適に施設を利用できる環境が保たれている。
36	医療廃棄物を含む廃棄物について、抑制に努めるとともに、分別ルールに沿って適切な処理が行われている。
37	防火確認簿、警備日誌が整備されるなど、利用者が安心して利用できる保安警備業務が行われている。
38	館内外の巡回や、鍵の管理方法など、事故や事件を未然に防止するよう、防犯面での対策が講じられている。
39	駐車場について適正な管理を行うとともに、利用者に対する適切な誘導が行われている。(夜間急病センター)

40	4	緊急時等の対応
41		災害等の緊急時の対応体制が確立されているか。
42		緊急時の避難誘導、安全確保、その他緊急時の対応に必要な事項について、マニュアルが作成されている。
43		緊急時対応のマニュアル等に基づき、避難訓練や防災訓練等を実施している。
44		緊急時の連絡体制や職員の役割分担等が明示されており、各職員に周知されている。
45		ビル管理者や関連機関、横浜市との連携体制が整理されている。
46		想定しえない事態が発生した場合にも、事業を継続するための適切な対処がとられている。
		III 夜間急病センターの適切な運営
47	1	診療時間・診療科目、診療体制・人員配置
48		診療体制は適正か。
49		基本協定に定める診療時間を遵守し、必要な診療科目が設置されている。
50		毎夜間の診療体制を維持するための医師が確保されている。
51		看護師、薬剤師などの医療従事者の安定的な確保が図られている。
52		窓口の混雑状況や業務の繁忙に対応できるように、患者実績に応じた、柔軟な人員配置を行っている。
53	2	患者の安全管理
54		患者の安全管理に努めているか。
55		事故発生時等の対応について、医療安全管理指針が策定されている。
56		患者・部位・検体などの誤認防止のマニュアルが作成されており、周知徹底されている。
57		医療安全管理のための研修が実施されている。
58	3	事故防止対策への取組
59		事故防止のための体制の構築・取組を行っているか。
60		事故防止のチェックリスト等を整備している。
61		過去に発生した事故やヒヤリハット事例(事故等発生の場合、他類似施設等における事例の収集など)をもとに、原因分析を実施し、改善のための対応を行っている。
62		事故防止のチェックリストやマニュアル類を用い、施設・設備等の安全性やサービス内容等をチェックし、必要に応じて改善している。
63		事故発生時には、再発防止に向けた取り組みがなされている。
64		事故防止策の研修等を実施している。
65	4	院内感染対策
66		院内の感染対策に対する体制が整っているか。
67		感染発生時の対応等について、院内感染対策指針が策定され、定期的に見直されている。
68		感染症対策マニュアルが作成されており、職員に周知徹底されている。
69		感染症の疑いのある患者の一時隔離する場所が確保されている。
70		インフルエンザなどの季節性の感染症への対策が講じられている。
71		院内感染防止対策のための研修が実施されている。
72	5	患者転送・医療機関連携推進
73		適切な医療機関への転送に努め、円滑な医療連携を確保に取り組んでいるか。
74		重症者を他の医療機関へ紹介、転送するにあたって、患者や家族にインフォームド・コンセントを徹底している。
75		転送が必要な場合の後方病院の確保に努め、医師との連携に努めている。
76		円滑な医療連携を確保するための取組が行われている。
77	6	患者に対する説明責任
78		医師等の責任が明確になっているとともに、患者とのパートナーシップが図られているか。
79		各部門の責任者の氏名が患者に明らかになっている。
80		診療を行った医師の氏名が患者に分かるようになっている。
81	7	人材の育成・研修
82		職員の育成・研修について、計画的かつ効果的に行われているか。
83		各種研修等に、常勤・非常勤を問わず、必要な職員が受講できる環境を整備している。
84		研修の参加状況が把握されており、実施された研修の成果を確認するため、アンケートや感想文などの記録・文書がある。
85		適切な窓口対応及び電話対応ができており、必要に応じて指導が行われている。
86		職員の服装、身だしなみなど職員のマナーは適切であり、マナー向上に関する取組が行われている。

87	8	利用者の意見・苦情を抽出する仕組みの構築
88		利用者が意見や苦情を述べやすい環境を整備しているか。
89		利用者が苦情や意見を述べやすいよう、施設内へご意見箱の設置や、ホームページ等による意見受付等、複数の方法を提供している。
90		苦情等の内容を検討し、その対応策を講じている。
91		苦情等への対応手順等が明確にされている。
92	9	経費節減など業務の効率化
93		事業経費についてランニングコストの削減など健全経営に努めているか。
94		職員人件費に無駄はなく、経費節減に取り組んでいる。
95		事務処理のIT化、レセプトオンライン請求、X線装置のフィルムレス化に取り組んでいる。
96		その他、事業経費節減に向けた取り組みが行われている。
IV 救急相談センターの適切な運営		
97	1	救急医療情報の収集(医療機関案内)
98		医療機関情報を得るための取組を行っているか。
99		診療所・クリニックに関する情報を収集できている。
100		横浜市小児救急拠点病院、二次救急拠点病院Bなどの横浜市の救急医療体制における一次救急応需状況についての情報収集を行っている。
101		救急患者受入実績のある病院、診療所については、都度、電話連絡を行い、急病患者の受入可否の情報を収集している。
102		医療機関情報を更新するしくみが構築されており、常に最新の情報が収集できている。
103	2	相談・助言業務(救急電話相談)
104		相談・助言業務を効果的に実施しているか。
105		相談看護師は、緊急性や受診の必要性等の判断について、手順を理解し、緊急度判定基準(緊急度判定プロトコル)に沿った対応を行っている。
106		緊急性が高い事案について、迅速に119番への転送を行えるしくみが整っている。
107		相談看護師が必要に応じて医師に助言を求められることができるよう、体制が整備されている。
108	3	品質管理(サービス水準の維持、人員配置等)
109		提供しているサービス水準は十分であるか。
110		オペレータ、相談看護師の配置については、受電状況に応じて、適正な人員配置がなされている。
111		サービス水準(繋がらない入電が「1時間当たり5件未満」又は「1日を通じ5%未満」)を目標とした運営がなされている。
112		繁忙時間帯などに、電話が繋がらないことがないように、「平均通話時間」の短縮に努めている。
113		業務効率化のために、通話終了後にオペレーター等が記録などの要件を完了するのに要する時間(後処理時間)の短縮に努めている。
114		モニタリング等の実施により、対応レベルを一定以上に保っている。
115	4	業務管理体制
116		管理業務体制は十分であるか。
117		業務全体の統括、連絡、調整を行うための体制が確保されている。
118		オペレーターの管理、指導を行うための体制が確保されている。
119		相談看護師の管理、指導を行うための体制が確保されている。
120		運営上の課題の解決策の検討や、対応内容を検証するしくみが構築されている。
121	5	危機管理(苦情・トラブル対応等)
122		危機管理の対策が整っているか。
123		苦情・トラブル発生時の連絡体制が整っており、マニュアル等が整備されている。
124		苦情内容について、適正に記録、管理し、センター内及び横浜市と情報共有している。
125		トラブル防止のため、対応に問題がないか事例の点検等の対策が図られている。

126	6	人員確保・採用、労務管理
127		センターの運営にあたり人員の確保・労務管理は十分であるか。
128		適正な人員配置が行えるだけの人員が確保されている。
129		オペレーターの人材確保のために、適宜有効な手段がとられている。
130		相談看護師の人材確保のために、適宜有効な手段がとられている。
131		人員確保・採用の手続きが定められている、職場環境が整備されているなど、労務管理がなされている。
132	7	研修
133		相談看護師・オペレーターに対する研修は十分であるか。
134		相談看護師・オペレーターとして必要なマナー及び電話応対に関する研修を行っている。
135		案内業務に従事するために必要な知識を習得するために研修を行っている。
136		救急電話相談業務に従事するために必要な知識を習得するために研修を行っている。
137		業務全般のサービス水準を向上させていくために、実務研修を行っている。
138	8	マニュアル
139		マニュアルが整備され、業務が体系化されているか。
140		サービス水準を確保するため、標準的な業務実施手順や注意点等がマニュアル化されている。
141		ミーティング等において、職員の意見を取り入れるなど、定期的にマニュアルの見直しが行われている。
142		マニュアルが適正に保管され、従事者、管理者により活用されている。
143	9	統計・データ分析
144		業務に必要な統計・データの分析が行われているか。
145		曜日、時間帯ごとに入電件数が統計化されており、分析が行われている。
146		電話がつかない件数が統計化されており、分析が行われている。
147		その他業務に必要な数値が統計化され、分析が行われている。
V 収支状況		
148	1	指定管理料の執行状況
149		指定管理料は適正に執行されているか。
150		適切な経理書類が作成されている。
151		経理を担当する職員を配置している。
152		収支決算書に記載されている費目に関し、伝票が存在する。
153		通帳や印鑑などが適切に管理されている。
154		外部の監査を受けている。
155	2	収支決算状況
156		予算と決算に大幅な相違がないか。
157		平成30年度～令和4年度の決算
158	3	利用料金収入実績
159		収支予算書(令和4年度)で示した利用料金収入がどの程度達成されているか。
160		令和4年度の予算、決算

IV 評価結果

1 評価結果一覧

評価項目	指定管理者選定 評価委員会評価
I 総則	
1. 施設の目的や理念・基本方針の確立	B
2. コンプライアンス(法令遵守)の取組	B
3. 個人情報の保護・情報公開	B
II. 施設・設備の維持管理	
1. 建物・設備の保守点検	B
2. 備品管理	B
3. 清掃・廃棄物処理・保安警備	B
4. 緊急時等の対応	A
III. 夜間急病センターの適切な運営	
1. 診療時間・診療科目、診療体制・人員配置	B
2. 患者の安全管理	B
3. 事故防止対策への取組	B
4. 院内感染対策	B
5. 患者転送・医療機関連携推進	B
6. 患者に対する説明責任	A
7. 人材の育成・研修	B
8. 利用者の意見・苦情を抽出する仕組みの構築	A
9. 経費節減など業務の効率化	B
IV. 救急相談センターの適切な運営	
1. 救急医療情報の収集(医療機関案内)	B
2. 相談・助言業務(救急電話相談)	B
3. 品質管理(サービス水準の維持、人員配置等)	B
4. 業務管理体制	B
5. 危機管理(苦情・トラブル対応等)	B
6. 人員確保・採用、労務管理	B
7. 研修	B
8. マニュアル	B
9. 統計・データ分析	B
V. 収支状況	
1. 指定管理料の執行状況	(※)
2. 収支決算状況	
3. 利用料金収入実績	

(※) 収支状況については、A, B, Cによる評価ではないため、評価シートを参照

2 主な評価所見及び意見

I 総則	<p>○評価する点</p> <ul style="list-style-type: none">・年度ごとの事業計画書や実績報告書の内容より把握できる。(I-1)・法令順守について、横浜市医療局等と連携して順守されている。(I-2)・カルテの保管および廃棄の処理が安全性の高いものになっている点が評価できる。(I-3) <p>○今後に改善等を期待する点</p> <ul style="list-style-type: none">・理念・基本方針は、2023年10月に改訂されているが、引き続き時勢に合わせた改定などを望む。(I-1)・不祥事の再発防止、原因究明をふまえた内部研修、委託先、全職員への情報共有の徹底など、さらなる改善を期待する。(I-2)
II. 施設・設備の維持管理	<p>○評価する点</p> <ul style="list-style-type: none">・セキュリティシステムを導入して不正侵入ができない仕組みにしていること、専門業者と保守契約を締結している点が評価できる。(II-2)・マニュアルに基づき、年2回訓練を実施し、計画も優れている。(II-4) <p>○今後に改善等を期待する点</p> <ul style="list-style-type: none">・分かりやすい受診誘導、案内表示や受診案内チラシの先渡しなど、利用者目線でのさらなる改善を期待する。(II-3)
III. 夜間急病センターの適切な運営	<p>○評価する点</p> <ul style="list-style-type: none">・コロナ感染拡大時においても必要人員を確保し、診療活動を維持した点が評価できる。(III-1)・トリアージのための事務員配置を行い、感染症患者とのゾーニングがされていた。(III-1)・紹介、転送の適切な対応がとられている。(III-5)・利用者の意見聴取の方法は、施設内に複数設置されたご意見箱やホームページ、メール等複数あり、優れている。(III-8)・レセプトオンライン請求、X線装置のフィルムレス化への取り組み実績がある。(III-9) <p>○今後に改善等を期待する点</p> <ul style="list-style-type: none">・医薬品の安全使用に対する手順書の制定日の明記を求む。(III-2)・受付の自動化、カード支払い機導入なども検討を。人員削減ではなく人的サービスのより一層の向上を期待する。(III-9)
IV. 救急相談センターの適切な運営	<p>○評価する点</p> <ul style="list-style-type: none">・指導的立場にある看護師からその場で助言を受けられること、対応した事例検討の時間を設定することにより、経験を共有し、各人の能力を向上させる体制がある点が評価できる。(IV-2)・後処理時間がほばないようなシステムを使用して電話がつながりやすくしている点が評価できる。(IV-3)・苦情等については横浜市医療局および医師会に適時に報告されている点が評価される。(IV-5)・定期的な研修が開催されている。(IV-7)・対応手順がマニュアル化され、常時閲覧可能な環境を作っている点が評価できる。(IV-8)・統計化されたデータが集積されている。(IV-9) <p>○今後に改善等を期待する点</p> <ul style="list-style-type: none">・休日対応をしている医療機関の情報の見直しについて、医師会と協力して早期に作業を完了することを望む。(IV-1)・市民の期待やエールは大きいので、スタッフのモチベーションアップ、定着率アップを期待する。(IV-6)

V. 収支状況

○評価する点

- ・実施状況についての記載から、財産の保全および収入支出の経理処理について必要な統制が行われているものと判断される。(V-1)
- ・達成率は148%となり、予算超過分のうち28%は来院者数の見込みと実績の差によるものが含まれてはいるが、20%は新型コロナ抗原検査を開始したことによる経営努力によるものと思われる。(V-3)

○今後改善等を期待する点

- ・令和2年度事業報告書の収支報告書の様式が令和元年の様式と異なり、また2期比較で作成されていなかった。事業報告書の作成担当者が確認担当者を兼ねていたために気がつかず提出していたとのことなので、作成担当者と確認担当者を分けることが望まれる。(V-1)
- ・収支報告において収支計算書(2期比較)を開示しているが、前年同期から大きく増減した項目についての説明記載がなかった。提供する情報の充実のため、決算状況についての報告を追加することが望まれる。(V-2)

まとめ

- ・前回(平成30年)の評価に比べると一見評価が下がったかのように見えてしまうが、評価方法を変えて、評価水準が上がったため、前回と一律に比較できるものではない。あわせて、評価シートの詳細な記載も踏まえると、むしろ今後の運営への期待が込められている。
- ・今後も事業を継続するにあたり、法令順守等を含め、各マニュアルなどが形式的にならないよう見直していただき、その記録を残すことが重要である。求められる対応がなされているなら、評価の際にその部分がきちんと見えるようになっていると、より一層良かった。
- ・救急相談センターの事業者が今年から替わったことで、運営面では多くの苦労があったと思慮する。今後も新たな視点で確認することで、改善点などの気づきが得られることもあると思うので、ぜひ期待したい。
- ・コロナ禍に発熱外来を運営し、救急医療センターのスタッフが一丸となって感染管理を徹底して乗り越えた経験は、今後のよりよい運営に期待が持てる。

評価シートは別添参照

評価シート目次

I 総則	
1 施設の目的や理念・基本方針の確立	1
2 コンプライアンス（法令遵守）の取組	2
3 個人情報の保護・情報公開	3
II 施設・設備の維持管理	
1 建物・設備の保守点検	4
2 備品管理	5
3 清掃・廃棄物処理・保安警備	6
4 緊急時等の対応	7
III 夜間急病センターの適切な運営	
1 診療時間・診療科目、診療体制・人員配置	8
2 患者の安全管理	9
3 事故防止対策への取組	10
4 院内感染対策	11
5 患者転送・医療機関連携推進	12
6 患者に対する説明責任	13
7 人材の育成・研修	14
8 利用者の意見・苦情を抽出する仕組みの構築	15
9 経費節減など業務の効率化	16
IV 救急相談センターの適切な運営	
1 救急医療情報の収集（医療機関案内）	17
2 相談・助言業務（救急電話相談）	18
3 品質管理（サービス水準の維持、人員配置等）	19
4 業務管理体制	20
5 危機管理（苦情・トラブル対応等）	21
6 人員確保・採用、労務管理	22
7 研修	23
8 マニュアル	24
9 統計・データ分析	25
V 収支状況	
1 指定管理料の執行状況	26
2 収支決算状況	27
3 利用料金収入実績	27

I. 総則

I-1 施設の目的や理念・基本方針の確立

救急医療センターの設置目的に基づいた理念・管理運営上の基本方針が確立されており、職員が理解しているか。

通し番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
3	救急医療センターの設置目的に基づいた理念・施設運営上の基本方針が明文化されている。	○	A	○	B	理念・基本方針は、2023年10月に改訂されているが、引き続き時勢に合わせた改定などを望む。
4	職員が、救急医療センターの設置目的に基づいた理念・施設運営上の基本方針を理解している。	○		○		当日の担当医や非正規なども含め、周知のさらなる徹底をお願いしたい。
5	利用者に対し、救急医療センターの設置目的に基づいた理念・施設運営上の基本方針を周知している。	◎		○		利用者の多様性に鑑み、ホームページの見やすさや、配布チラシの内容などについて、改善を期待する。
6	施設の目的を達成するため、年度ごとに年間事業計画書、実績報告書を作成している。	◎		○		年度ごとの事業計画書や実績報告書の内容により把握できる。建物の老朽化に対する改修計画が確認できる。
7	自己の業務実績について、定期的に評価検証を行っている。	◎		○		定期的な自己評価が内部で行われているが、業務に熟知した担当委員の継続や外部メンバーの参加も是非検討を望む。
指定管理者記入欄						
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>(1)「横浜市救急医療センターの管理運営に関する基本協定書」第2条(指定管理者の指定の意義)を尊重し施設の運営管理を適切に行っている。 (2)初期救急医療の提供は地域医療を担う医師会員の責務と肝に銘じ、職員一丸となって職務にあたっている。 (3)全ての職員に対し、採用時や契約更新面接時等にセンター長より運営方針について説明することに加え、マニュアルにより周知徹底している。 (4)「職員行動指針」を作成し、センター職員としての規範を示すとともに、利用者の見える場所に掲示し周知している。 (5)ホームページや施設内掲示で設置目的や最新のお知らせを周知するとともに、全ての受診患者様にセンター利用案内のチラシを配布し啓発に努めている。 (6)事業計画書及び実績報告書については年度ごと・四半期ごとに作成し、横浜市医療局に遅滞なく提出している。 (7)業務実績の評価については、隔月に開催している横浜市との連絡会において自己評価を示し、検証を行っている。 (8)横浜市夜間急病センター運営協議会を年1回開催し、実績報告、出勤医からの要望事項の検討、諸問題の協議を行っている。協議会メンバーは、周辺10区医師会、市病院協会、各科医会、薬剤師会の代表者、本会役員で構成している。</p>						
<p>【改善すべき点・課題等】</p>						

I. 総則

I-2 コンプライアンス(法令遵守)の取組

コンプライアンス(法令遵守)に関する取組が行われているか。

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
10	医療法・消防法等診療所等の管理に関わる各種法令や内部規定等を遵守している。	◎	A	○	B	法令順守について、横浜市医療局等と連携して対応されている。 患者待合室の壁面修繕後の避難経路の表示がされていなかったため、早急に掲示したほうがよい。
11	法令遵守が組織的に認識され、周知・徹底し、継続的に遵守する取組を行っている。	○		○		不祥事の再発防止、原因究明をふまえた内部研修、委託先、全職員への情報共有の徹底など、さらなる改善を期待する。
12	診療所管理者は各種法令や内部規定を十分に理解している。	○		○		
指定管理者記入欄						
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)						
<p>(1)医療法等に関する医療機関に定められた各種届出を遅滞なく提出し遵守している。また、医療法施行規則で規定されているX線検査装置の放射線測定検査(年2回)や医療用酸素ガス保守点検(年2回)についても定期的に実施している。</p> <p>(2)消防法等に関する対応については、資格を取得した防火防災管理者を選任し、所轄消防署に消防計画等の届出を行っている。</p> <p>(3)診療及び医師会組織運営に関して経験豊富なセンター長(医師・元医師会役員)のもと、一般社団法人である横浜市医師会管轄下の施設として、法人組織のルールに則り、支出行為などは役員決裁による承認を得た上で執行され、契約締結等については理事会承認のもと行っている。さらに法人代議員会での事業報告や監事や顧問公認会計士・顧問税理士による定期的な監査が実施されている。</p> <p>(4)救急相談センターに関して令和4年8月に関係者に不祥事が生じた。本件に対し業者選定の重みを鑑み、横浜市契約規則に準じ当該事業者を委託契約終了とし、改めて委託業者選定プロポーザルを行った。選定評価項目にコンプライアンスとガバナンスを重点項目として評価して業者選定した。令和5年4月より新規事業者に業務委託し、運営されている。</p>						
【改善すべき点・課題等】						

I. 総則

I-3 個人情報の保護・情報公開

個人情報の保護及び情報公開に対する体制が整っているか。

通し番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
15	個人情報保護の取扱いに関する指針が策定されており、必要な内容は満たされている。	◎		○		個人情報取扱規程を制定周知させ、誓約書を提出させる等必要な手続きをとっている点が評価できる。 個人情報保護において他より優れている点は、是非具体的にアピールすると良い。
16	情報漏えい、き損及び改ざんの防止、その他適正な管理のために必要な措置が講じられている。	○		○		セキュリティシステムを導入して不正侵入ができない仕組みにしている点が評価できる。 情報漏洩時の対応マニュアルや専門部署の設置も検討を望む。
17	個人情報保護に関する研修会が開催されている。	○		○		
18	情報公開に関する規定が定められており、規定に沿った運用が行われている。	○	A	○	B	情報公開規程は定められているが、市民に開かれた情報公開請求しやすい周知を望む。
19	診察室等において、患者のプライバシーが確保されている。(夜間急病センター)	○		○		市民からクレームがあったが、受付職員へのプライバシー保護の徹底も期待する。
20	カルテなどの患者情報、診療記録が適切に管理されている。(夜間急病センター)	◎		○		カルテの保管および廃棄の処理が安全性の高いものになっている点が評価できる。 今後は保存期間後の処分業者からの流出予防策の検討も期待する。
21	電話対応の記録が適切に管理されている。(救急相談センター)	◎		○		相談録音データが5年保管され、検索もできるシステムを評価する。 今後は保存期間後の処分業者からの流出予防策の検討も期待する。
指定管理者記入欄						
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)						
<p>(1)「個人情報保護指針」を制定、周知するとともに、全職員に「個人情報保護に関する誓約書」に署名させ、横浜市医療局に提出している。</p> <p>(2)セキュリティシステム(Okta)を利用し、アカウントの厳重管理が施され、不正侵入できない仕組みとなっている。なお、情報システム管理は医師会専門部署が主導している。</p> <p>(3)クラウドサーバー(MS TEAMS)を導入し、データサーバーの安定性及び安全性を確保している。</p> <p>(4)横浜市等が開催する個人情報保護研修会に職員を参加させている。また、日本医師会発行「個人情報の保護」冊子を職員に配布し、自己研修を推進している。</p> <p>(5)「横浜市救急医療センター情報公開規程」を制定し、これに則り情報公開請求に対応している。必要な場合は、横浜市の助言を得て対応している。</p> <p>(6)患者の呼び出しについては、プライバシー確保のため原則として受付番号により行っている。(診察、会計、薬の処方時等)</p> <p>(7)カルテ等の診療に係る記録書類は、医療法に定められた保存期限を遵守し保存するとともに、保存期限を経過したものについては、専門業者に委託し溶解処分している。また、カルテは部外者が入室できない地下倉庫に保管している。</p> <p>(8)相談記録については、相談後すぐオペレーターが入力している。相談の音声は、すべて録音しデータ保存しており、後から簡便に検索することができるシステムが整備されている。相談に関わる録音データ等の保存期間は、横浜市より5年と定められており、期限到来したものは適切に処分している。</p>						
【改善すべき点・課題等】						

Ⅱ. 施設・設備の維持管理

Ⅱ.-1 建物・設備の保守点検

建物・設備が適切に管理され、安全性の確保及び良好な機能の保持が実現されているか。

通 し 番 号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会			
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)	
24	定期的に設備の点検が実施され、利用者が常に安全に利用できる状態に保たれている。	◎	A	○	B		
25	安全確保の観点から発見された不具合が迅速かつ適切に、修繕、処理されている。	◎		○		B	待合室等の壁面修繕がされている。
26	施設の長寿命化の観点から、適切な中長期的な修繕計画が立てられている。(夜間急病センター)	○		○			
指定管理者記入欄							
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>(1)建物設備点検については、建物管理業者に委託し、年間点検計画及び月次点検計画に基づき、日々点検が実施され日報・月報にて状況報告を受け確認している。 (2)設備等の不具合の報告があったものについては、修繕の依頼など迅速に対応している。 (3)建物管理業者より建物設備について長期修繕提案が毎年提出され、横浜市にも提出している。</p>							
<p>【改善すべき点・課題等】</p> <p>・2階診療フロアの壁面塗装を計画中。</p>							

II. 施設・設備の維持管理

II.-2 備品管理

施設の備品・医療機器が適切に管理されているか。

通し番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
29	備品台帳に記された備品がすべて揃っており、救急医療センター(横浜市)と指定管理者の備品との区分が明確になっているなど、適正に管理されている。	○	A	○	B	セキュリティシステムを導入して不正侵入ができない仕組みにしていること、専門業者と保守契約を締結している点が評価できる。 トラブル発生時は、復旧まで速やかにアナログシステムでカバーできる対策も望む。
30	医療設備や、ネットワーク機器等の点検が定期的実施され、良好な状態を保っている。	○		○		
31	医療設備や、ネットワーク機器等のトラブル発生時の対応体制が整っている。	◎		○		
32	各備品の劣化状況を把握し、中長期的な更新計画が立てられている。	○		○		
指定管理者記入欄						
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)						
<p>(1)センター内の備品は、横浜市所有のものと横浜市医師会所有のものが混在している。それぞれ、横浜市管理の備品台帳と横浜市医師会の固定資産台帳において管理している。</p> <p>(2)医療機器の管理に関しては「医療機器・備品点検簿」を作成し、定められた点検期日を遵守し専門業者による点検を実施している。</p> <p>(3)ネットワークに関しては、専門業者と保守契約を締結し、不具合があった場合は、迅速に対応している。</p> <p>(4)セキュリティに関しては、医師会情報システム部門の管理によりアカウントセキュリティシステム「Okta」やクラウドシステム「MS Teams」等を導入し堅牢にデータ管理している。</p> <p>(5)設備備品更新計画については、医療局との定例会において提案、検討している。</p> <p>(6)昨年度は横浜市医療局によりベッドサイドモニター、内視鏡洗浄器、耳鼻科診療ユニット、電話システムを更新して頂いた。</p> <p>(7)本年度は、ナースングストレッチャーを購入し更新した。</p>						
【改善すべき点・課題等】						
・患者用ソファ、診療用デスクの更新を計画中。						

II. 施設・設備の維持管理

II.-3 清掃・廃棄物処理・保安警備

利用者が快適で安全に利用できるような環境を確保しているか。

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
35	施設の清掃が行き届いており、利用者及び従事者が快適に施設を利用できる環境が保たれている。	○	A	○	B	警備員による適切な巡回などが行われており警備日誌が活用されている。
36	医療廃棄物を含む廃棄物について、抑制に努めるとともに、分別ルールに沿って適切な処理が行われている。	○		○		
37	防火確認簿、警備日誌が整備されるなど、利用者が安心して利用できる保安警備業務が行われている。	◎		○		
38	館内外の巡回や、鍵の管理方法など、事故や事件を未然に防止するよう、防犯面での対策が講じられている。	○		○		
39	駐車場について適正な管理を行うとともに、利用者に対する適切な誘導が行われている。(夜間急病センター)	◎		○		
指定管理者記入欄						
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)						
<p>(1)清掃専門業者による清掃員が年間定期清掃計画に基づき、定期清掃および日常清掃を実施している。さらに、診察室等について追加清掃を実施し、清潔保持に努めている。</p> <p>(2)医療廃棄物の処理については、専門業者により週1回、回収されている。イエローハザード(鋭利な器材等)、オレンジハザード(貫通危険性なし)に厳密に分別し廃棄している。</p> <p>(3)警備専門業者による警備員により日常的巡回(一日7回)、防犯カメラによる監視、開錠の確認により施設内外の保安維持に努め、警備日誌により詳細な状況報告を受けている。</p> <p>(4)患者さんの自家用車の駐車場所への誘導については、警備員が事故防止、安全第一を念頭に、丁寧な対応を心掛け行っている。</p>						
【改善すべき点・課題等】						

II. 施設・設備の維持管理

II-4 緊急時等の対応 災害等の緊急時の対応体制が確立されているか。

通 し 番 号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
42	緊急時の避難誘導、安全確保、その他緊急時の対応に必要な事項について、マニュアルが作成されている。	○		○		
43	緊急時対応のマニュアル等に基づき、避難訓練や防災訓練等を実施している。	◎		◎		マニュアルに基づき、年2回訓練を実施し、計画も優れている。 増加する高齢者や障害者、外国人にも分かりやすい避難誘導表示や導線、誘導方法のさらなる対応を期待する。
44	緊急時の連絡体制や職員の役割分担等が明示されており、各職員に周知されている。	○	A	○	A	
45	ビル管理者や関連機関、横浜市との連携体制が整理されている。	○		○		
46	想定しえない事態が発生した場合にも、事業を継続するための適切な対処がとられている。	○		○		
指定管理者記入欄						
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>(1)救急医療センター、センター入居ビルの共同防火・防災管理協議会及び救急相談センターのそれぞれの消防計画により自衛消防隊組織、緊急時の活動、避難経路等が定められている。 (2)災害時に備え、非常用備蓄を地下倉庫に保管している。水、食料、ランタン、電池、防寒シート、非常用トイレ等を備蓄している。 (3)消防計画に基づき、当ビルに入居している他団体とも連携して、消防署の指導のもと定期的に防災訓練を実施している。 (4)救急医療センター及び救急相談センターそれぞれの緊急連絡網を作成し、横浜市等、関係者に周知している。 (5)診察中に暴れるなどの危険行為に及ぶ患者様については、守衛室に即刻連絡し守衛を派遣するとともに、場合によっては警察へ通報することとしている。また、DVや虐待が疑われる場合は、横浜市医療局経由により児童相談所等への所管施設へ通報することとなっている。 (6)救急相談センターに関して令和4年8月に関係者に不祥事が生じた。本件に対し業者選定の重みを鑑み、横浜市契約規則に準じ当該事業者を委託契約終了とし、改めて委託業者選定プロポーザルを行った。選定評価項目にコンプライアンスとガバナンスを設定し重点項目として評価し業者選定した。令和5年4月より新規事業者に業務委託し運営されている。 (7)不測の事態が生じた場合は、医師会担当役員及びセンター長の判断により、医師会事務局とセンター事務局が一体的かつ垂直的な指示系統により各種方策を実行できる組織体制となっている。</p> <p>【改善すべき点・課題等】</p>						

Ⅲ. 夜間急病センターの適切な運営

Ⅲ-1 診療時間・診療科目、診療体制・人員配置

診療体制は適正か。

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
49	基本協定に定める診療時間を遵守し、必要な診療科目が設置されている。	○	A	○	B	<p>コロナ感染拡大時においても必要人員を確保し、診療活動を維持した点が評価できる。</p> <p>2024年からの働き方改革改革に向け、宿日直体制を確保している。</p> <p>眼科や耳鼻科など他に夜間対応施設が少なく、広域利用や市民ニーズの高い診療科医師についても安定的確保を望む。</p>
50	毎夜間の診療体制を維持するための医師が確保されている。	◎		○		
51	看護師、薬剤師などの医療従事者の安定的な確保が図られている。	◎		○		
52	窓口の混雑状況や業務の繁忙に対応できるように、患者実績に応じた、柔軟な人員配置を行っている。	◎		○		
指定管理者記入欄						
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>(1)指定管理初日以来、台風や地震などの天災に見舞われた日も、コロナ禍においても、職員一丸となって一日も欠かさず年中無休、毎夜間、継続して診療活動を維持してきた。</p> <p>(2)コロナ禍においては発熱外来設置医療機関として、現在は外来対応医療機関として登録し、準夜帯における横浜市民のセーフティネットとして役割を果たしてきた。</p> <p>(3)出務医師については、横浜市医師会を中心に、大学病院医師、近隣病院医師の協力を得て、診療科目に対応した専門医を配置している。</p> <p>(4)出務医師を安定的に確保し、バックアップ体制を構築すべく、横浜市内科学会、横浜市小児科医会、横浜市眼科医会、横浜市耳鼻咽喉科医会と「出勤調整に関する協定」を締結している。</p> <p>(5)薬剤師、臨床検査技師、放射線技師については関係団体と出務者派遣の委託契約を締結し安定的な人員確保をはかっている。</p> <p>(6)常勤、非常勤の看護師については、必要十分な人員を直接雇用し、過度の負担がかからない勤務環境を整備している。</p> <p>(7)年末年始、ゴールデンウィーク、連休等の繁忙期は、直近や前年までの患者実績を参考に医師をはじめスタッフを予め増員し、患者の待ち時間軽減に努めている。</p>						
<p>【改善すべき点・課題等】</p> <p>・耳鼻科と小児科の出動医が少なく、確保策について検討中である。</p>						

Ⅲ. 夜間急病センターの適切な運営

Ⅲ.-2 患者の安全管理

患者の安全管理に努めているか。

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
55	事故発生時等の対応について、医療安全管理指針が策定されている。	◎	A	○	B	医療安全管理指針が策定されている。 医薬品の安全使用に対する手順書の制定日の明記を求む。 実際の運用報告とそれに基づいた指針改定を望む。
56	患者・部位・検体などの誤認防止のマニュアルが作成されており、周知徹底されている。	○		○		
57	医療安全管理のための研修が実施されている。	○		○		
指定管理者記入欄						
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)						
(1)「医療安全管理指針」を策定し運用している。 (2)「患者誤認防止マニュアル」を策定し、これに則り患者確認を行っている。 (3)定期的に開催されている横浜市「医療安全研修会」に職員を参加させている。						
【改善すべき点・課題等】						

Ⅲ. 夜間急病センターの適切な運営

Ⅲ.-3 事故防止対策への取組

事故防止のための体制の構築・取組を行っているか。

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会			
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)	
60	事故防止のチェックリスト等を整備している。	○	A	○	B	蓄積されているインシデント、アクシデント報告記録を活用した研修やホームページ上の公表など、さらなる事例活用を望む。	
61	過去に発生した事故やヒヤリハット事例(事故等発生の例がない場合は、他類似施設等における事例の収集など)をもとに、原因分析を実施し、改善のための対応を行っている。	○		○			
62	事故防止のチェックリストやマニュアル類を用い、施設・設備等の安全性やサービス内容等をチェックし、必要に応じて改善している。	○		○			
63	事故発生時には、再発防止に向けた取り組みがなされている。	◎		○			事故報告の医局掲示等による現場共有、事故防止委員会の常設、啓発活動を期待する。
64	事故防止策の研修等を実施している。	○		○			現場スタッフによる事故やヒヤリハットの要因分析研修なども検討を望む。
指定管理者記入欄							
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)							
(1)「医療安全および施設内事故等に対する取り組みについて」を作成し、事故防止に取り組んでいる。 (2)「医療機器の保守点検・安全使用に関する体制についての指針」を策定し、医療機器の安全使用に関する体制を整備している。 (3)「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書」を制定し、管理薬剤師が厳格に医薬品を管理している。 (4)インシデント・アクシデントレポートは、軽微な事案であっても必ず現場担当者が作成し、センター長以下、原因究明、再発防止策の検討を行っている。							
【改善すべき点・課題等】							

Ⅲ. 夜間急病センターの適切な運営

Ⅲ-4 院内感染対策

院内の感染対策に対する体制が整っているか。

通し番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
67	感染発生時の対応等について、院内感染対策指針が策定され、定期的に見直されている。	◎	A	○	B	院内感染症対策指針は新型コロナウイルス発生や定期的見直しで更新を望む。
68	感染症対策マニュアルが作成されており、職員に周知徹底されている。	○		○		
69	感染症の疑いのある患者の一時隔離する場所が確保されている。	◎		○		
70	インフルエンザなどの季節性の感染症への対策が講じられている。	◎		○		
71	院内感染防止対策のための研修が実施されている。	○		○		
指定管理者記入欄						
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)						
<p>(1)「院内感染対策指針」及び「感染対策マニュアル」を策定し、周知徹底している。</p> <p>(2)感染症患者隔離場所について、1階受付フロアにおいては道路側入口風除室(入口としては使用していない)とし、2階診察フロアにおいても、内科、小児科、耳鼻科、科目ごとに隔離場所を設けている。</p> <p>(3)新型コロナウイルス、インフルエンザウイルス等感染症対策として、1階、2階とも発熱患者と非発熱患者の待機場所を区分している。また、来院者、全員のマスク着用を義務付けている。</p> <p>(4)職員をセンター入口に常時配置し、来院者の体温測定を行い、感染性疾患と非感染性疾患の患者を判別のうえ受診方法等の案内を行い、混乱の無いよう取り組んでいる。(当センターの患者は概ね初診患者である)</p> <p>(5)新型コロナウイルス感染症が2類感染症であった期間は、センター内を、発熱外来エリアとそれ以外の患者エリアを完全に分離して、発熱患者と非発熱患者が接触しないよう環境整備を行った。さらに、入口に看護師を配置し患者トリアージを実施した。</p> <p>(6)先日、神奈川県主催の感染対策研修会(オンライン)に看護責任者が参加した。その他、行政や医師会が開催する研修会に都度参加している。</p>						
【改善すべき点・課題等】						

Ⅲ. 夜間急病センターの適切な運営

Ⅲ.-5 患者転送・医療機関連携推進

適切な医療機関への転送に努め、円滑な医療連携を確保に取り組んでいるか。

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
74	重症者を他の医療機関へ紹介、転送するにあたって、患者や家族にインフォームド・コンセントを徹底している。	◎	A	○	B	紹介、転送の適切な対応がとられている。 高齢利用者の増加等、現場でのインフォームド・コンセントの課題と今後の問題検討、改善対策を期待する。
75	転送が必要な場合の後方病院の確保に努め、医師との連携に努めている。	○		○		耳鼻科や眼科の転送先をどう確保するか、関係団体とのさらなる連携強化を期待する。
76	円滑な医療連携を確保するための取組が行われている。	○		○		
指定管理者記入欄						
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>(1)紹介、転送にあたっては、医師より詳細かつ丁寧に説明の上、紹介状を作成し、転送先病院の地図も添え、患者の意向を尊重し同意のうえ行っている。 (2)救急転送は、横浜市の救急医療体制である輪番病院体制、基幹病院体制にしたがい病院を選択し、転送先医師に了解を得たうえで実施している。 (3)横浜市大病院(福浦・浦舟)、昭和大学北部病院、市立みなと赤十字病院等の医師に協力出動して頂いており、緊急時の対応を勤務病院に依頼するケースも多い。 (4)横浜市医師会で発行している「かかりつけ医」リーフレットを配布し、医療連携について周知している。</p>						
<p>【改善すべき点・課題等】</p>						

Ⅲ. 夜間急病センターの適切な運営

Ⅲ.-6 患者に対する説明責任

医師等の責任が明確になっているとともに、患者とのパートナーシップが図られているか。

(※小項目評価「○」2つで、項目評価「A」)

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
79	各部門の責任者の氏名が患者に明らかになっている。	○	A	○	A	内装リフォーム直後で掲示物確認ができなかったが、高齢者や障害者、外国人にも分かりやすい表示を望む。
80	診療を行った医師の氏名が患者に分かるようになっている。	○		○		
指定管理者記入欄						
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)						
(1)当日の診察医師名及び各部門責任者名を受付窓口に掲示している。 (2)診療室前に当日の診察医師名を明示している。						
【改善すべき点・課題等】						

Ⅲ. 夜間急病センターの適切な運営

Ⅲ.-7 人材の育成・研修

職員の育成・研修について、計画的かつ効果的に行われているか。

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
83	各種研修等に、常勤・非常勤を問わず、必要な職員が受講できる環境を整備している。	○	A	○	B	市民からの苦情もあり、接遇マナー研修はもとより、ロールモデルとなる常勤職員のレベルアップとモチベーション、定着優遇も重要。
84	研修の参加状況が把握されており、実施された研修の成果を確認するため、アンケートや感想文などの記録・文書がある。	○		○		
85	適切な窓口対応及び電話対応ができており、必要に応じて指導が行われている。	◎		○		
86	職員の服装、身だしなみなど職員のマナーは適切であり、マナー向上に関する取組が行われている。	○		○		
指定管理者記入欄						
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)						
(1)事務職員と看護職員の常勤全職員が参集し、4半期ごと研修会を開催し、出勤医編成その他の諸事案について検討、共有している。 (2)医師会や横浜市、神奈川県等主催の研修に交代で参加し、報告書を提出させ、内容を共有している。 (3)窓口・電話対応については、マニュアルに掲載するとともに随時指導している。 (4)身だしなみ、マナーについてもマニュアルに掲載し、互いにチェックしあうようにするとともに随時指導している。						
【改善すべき点・課題等】						

Ⅲ. 夜間急病センターの適切な運営

Ⅲ.-8 利用者の意見・苦情を抽出する仕組みの構築

利用者が意見や苦情を述べやすい環境を整備しているか。

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
89	利用者が苦情や意見を述べやすいよう、施設内へご意見箱の設置や、ホームページ等による意見受付等、複数の方法を提供している。	◎	A	◎	A	利用者の意見聴取の方法は、施設内に複数設置されたご意見箱やホームページ、メール等複数あり、優れている。 市民からの意見や施設側対応は待合室にも掲示し、よりよい信頼関係の構築を期待する。
90	苦情等の内容を検討し、その対応策を講じている。	○		○		
91	苦情等への対応手順等が明確にされている。	○		○		
指定管理者記入欄						
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>(1)1階待合室に「患者様の声」という投書箱を設置している。また、横浜市救急医療センターホームページに「お問い合わせ」コーナーを設け、Eメールにて問い合わせや意見を送信できるようにしている。</p> <p>(2)苦情や意見が寄せられた場合は手順書に従い、事務長が事情聴取し、センター長、関係者とともに対応策を検討し、回答するとともに業務改善や指導などを行っている。</p> <p>(3)横浜市へ意見や苦情があった場合も、情報共有し、検討のうえ改善、指導等を実施している。</p>						
<p>【改善すべき点・課題等】</p>						

Ⅲ. 夜間急病センターの適切な運営

Ⅲ.-9 経費節減など業務の効率化

事業経費についてランニングコストの削減など健全経営に努めているか。

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
94	職員人件費に無駄はなく、経費節減に取り組んでいる。	○	A	○	B	レセプトオンライン請求、X線装置のフィルムレス化への取り組み実績がある。受付の自動化、カード支払い機導入なども検討を。人員削減ではなく人的サービスのより一層の向上を期待する。
95	事務処理のIT化、レセプトオンライン請求、X線装置のフィルムレス化に取り組んでいる。	◎		○		
96	その他、事業経費節減に向けた取り組みが行われている。	○		○		
指定管理者記入欄						
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>(1)年中無休の救急医療施設として、必ず常勤看護師、常勤事務職が常駐し不測の事態などに対応できるよう人員配置している。 (2)一部職員を契約職員として人件費抑制をはかっている。 (3)レセプトオンライン請求やレントゲンのフィルムレス化については既に整備済みで、円滑に運用されている。 (4)神奈川県の実施要請に応じ、センター内に「かながわコロナオンライン診療センターよこはま」を開設し、2023年1月～3月まで毎週土曜日午後、コロナ患者を対象にオンライン診療を実施した。その際、オンライン診療システム「CLINICS」を導入し診療を行った。 (5)高額な医療機器や備品の購入については、複数業者による見積書を検討し、廉価かつ適切な業者に発注している。 (6)高騰している光熱費削減のため、照明のLED化を進めている。昨年度は3階廊下照明のLED化工事を実施した。</p>						
<p>【改善すべき点・課題等】</p> <ul style="list-style-type: none"> 電子カルテの導入を計画中である。 レントゲン画像読影システムの更新を医療局に依頼中。(保守期限到来に伴う) 						

IV. 救急相談センターの適切な運営

IV-1 救急医療情報の収集(医療機関案内)

医療機関情報を得るための取組を行っているか。

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
99	診療所・クリニックに関する情報を収集できている。	◎	A	○	B	休日対応をしている医療機関の情報の見直しについて、医師会と協力して早期に作業を完了することを望む。
100	横浜市小児救急拠点病院、二次救急拠点病院Bなどの横浜市の救急医療体制における一次救急応需状況についての情報収集を行っている。	◎		○		YMIS等現場にも浸透している。
101	救急患者受入実績のある病院、診療所については、都度、電話連絡を行い、急病患者の受入可否の情報を収集している。	◎		○		
102	医療機関情報を更新するしくみが構築されており、常に最新の情報が収集できている。	○		○		現場スタッフ、利用者に支障がないように、速やかな体制構築を期待する。
指定管理者記入欄						
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>(1)夜間、土(午後)、日、祝日における病院応需表を作成し運用している。 (2)横浜市医師会地域医療連携センターからの情報提供に基づき医療機関情報を随時更新している。 (3)横浜市救急医療情報システム(YMIS)・病院当直表・病院への直接電話等の確認により、応需状況の情報収集している。 (4)コロナ外来対応医療機関については今後システムを導入し、より迅速かつ適切に情報提供できる体制を整備する予定としている。</p>						
<p>【改善すべき点・課題等】</p> <p>・診療所の臨時休診や診療日時の変更などのリアルタイム医療機関情報の収集が課題となっている。</p>						

IV. 救急相談センターの適切な運営

IV.-2 相談・助言業務(救急電話相談)

相談・助言業務を効果的に実施しているか。

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
105	相談看護師は、緊急性や受診の必要性等の判断について、手順を理解し、緊急度判定基準(緊急度判定プロトコル)に沿った対応を行っている。	◎	A	○	B	指導的立場にある看護師からその場で助言を受けられること、対応した事例検討の時間を設定することにより経験を共有し、各人の能力を向上させる体制がある点が評価できる。プロトコル運用結果を利用者へ分かりやすく伝える伝達話法の現場研修、PCや通信トラブル発生時のトリアージトレーニングも期待する。
106	緊急性が高い事案について、迅速に119番への転送を行えるしくみが整っている。	◎		○		
107	相談看護師が必要に応じて医師に助言を求められることができるよう、体制が整備されている。	○		○		
指定管理者記入欄						
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>(1) 問題と思われる対応に関しては指導的立場の看護師(スーパーバイザー:SV)がその場で助言を行っている。また、対応した事例検討の時間を設定している。</p> <p>(2) 特に問題があったと思われる対応に関しては、横浜市医療局、業務責任者へ報告相談の上、管理グループより指導および再研修を行っている。そのほかについてもマニュアルが整備され、適切な運用に努めている。</p> <p>(3) 医師の助言については市大病院医師とのオンコール体制が整備されている。すぐに繋がらないケースもあり、日々挨拶の通知を入れるなど緊密な連携体制構築に努めている。</p>						
<p>【改善すべき点・課題等】</p>						

IV. 救急相談センターの適切な運営

IV.-3 品質管理(サービス水準の維持、人員配置等) 提供しているサービス水準は十分であるか。

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
110	オペレータ、相談看護師の配置については、受電状況に応じて、適正な人員配置がなされている。	○	A	○	B	受電状況のデーター蓄積と分析を早急に行い、過不足ない人員配置の体制確立を期待する。
111	サービス水準(繋がらない入電が「1時間当たり5件未満」又は「1日を通じ5%未満」)を目標とした運営がなされている。	○		○		協定に即した運営が確立できるよう、早急な対策を望む。
112	繁忙時間帯などに、電話が繋がらないことがないように、「平均通話時間」の短縮に努めている。	◎		○		個人別に平均通話時間を管理して電話がつながりやすくしている点が評価できる。
113	業務効率化のために、通話終了後にオペレーター等が記録などの要件を完了するのに要する時間(後処理時間)の短縮に努めている。	◎		○		後処理時間がほぼないようなシステムを使用して電話がつながりやすくしている点が評価できる。
114	モニタリング等の実施により、対応レベルを一定以上に保っている。	○		○		
指定管理者記入欄						
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)						
<p>(1)コール数予測に応じた時間帯単位での必要座席数を事前に準備している。</p> <p>(2)(1)の人員配置により、応答率は概ね適切に保たれている。</p> <p>(3)繁忙期に限らず、平均通話時間は個人別に管理している。</p> <p>(4)基幹システムの構成上、入力項目は少なく選択項目が多いために、後処理時間はほぼ無い。</p> <p>(5)指導的看護師(スーパーバイザー:SV)の配置により、モニタリングを常時行っている。また、フォローアップ研修(自身の対応音声を聴き、SV評価)を実施している。</p>						
【改善すべき点・課題等】						

IV. 救急相談センターの適切な運営

IV.-4 業務管理体制

管理業務体制は十分であるか。

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
117	業務全体の統括、連絡、調整を行うための体制が確保されている。	○	A	○	B	業務を引き継いで間もないので、業務が確立されることを期待する。
118	オペレーターの管理、指導を行うための体制が確保されている。	◎		○		現場スペシャリスト育成と定着を期待する。
119	相談看護師の管理、指導を行うための体制が確保されている。	◎		○		指導的看護師の配置は有効と評価する。 現場スペシャリスト育成と定着を期待する。
120	運営上の課題の解決策の検討や、対応内容を検証するしくみが構築されている。	○		○		
指定管理者記入欄						
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>(1) 緊急時連絡体制(オンコール)を組んでいる。 (2) 指導的看護師(スーパーバイザー:SV)の配置により適宜、管理及び助言を行い、毎月SV会議を開催し、検証・解決策を検討している。 (3) 横浜市医療局、横浜市医師会、業務責任者へ報告連絡相談を適切に行っている。 (4) 利用者からの意見や苦情が横浜市宛てににあった場合は、即情報共有され、回答並びに改善、指導する体制を整えている。</p>						
<p>【改善すべき点・課題等】</p> <p>・管理グループの育成も強化し、マネジメント体制を構築していく。</p>						

IV. 救急相談センターの適切な運営

IV.-5 危機管理(苦情・トラブル対応等)

危機管理の対策が整っているか。

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
123	苦情・トラブル発生時の連絡体制が整っており、マニュアル等が整備されている。	◎	A	○	B	マニュアルの見直しを随時行っている点が評価される。連絡体制が機能していると評価する。マニュアルを作って終わりにならぬよう、今後も継続してPDCAの実践と改定の仕組みを望む。
124	苦情内容について、適正に記録、管理し、センター内及び横浜市と情報共有している。	◎		○		苦情等については横浜市医療局および医師会に適時に報告されている点が評価される。苦情・トラブル対応は夜間急病センターのように公表が望ましい。市民向けホームページなどの開設も期待する。
125	トラブル防止のため、対応に問題がないか事例の点検等の対策が図られている。	○		○		
指定管理者記入欄						
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)						
<p>(1) 全案内相談通話の録音を行っており、トラブル等の恐れがある事案について、通話録音内容を確認している。</p> <p>(2) 報告すべき事案に関しては、事業者より横浜市医療局および横浜市医師会に対して発生日または相談センター定例会において報告している。</p> <p>(3) 相談者に寄り添った対応をするべく、マニュアルの文言の見直しを随時行っている。</p> <p>(4) 相談記録については、相談後すぐオペレーターが入力している。相談の音声は、すべて録音しデータ保存しており、後から簡単に検索することができるシステムが整備されている。相談に関わる録音データ等の保存期間は、横浜市より5年と定められており、期限到来したものは適切に処分している。</p>						
【改善すべき点・課題等】						

IV. 救急相談センターの適切な運営

IV.-6 人員確保・採用、労務管理

センターの運営にあたり人員の確保・労務管理は十分であるか。

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
128	適正な人員配置が行えるだけの人員が確保されている。	○	A	○	B	市民の期待やエールは大きいので、スタッフのモチベーションアップ、定着率アップを期待する。
129	オペレーターの人材確保のために、適宜有効な手段がとられている。	○		○		
130	相談看護師の人材確保のために、適宜有効な手段がとられている。	○		○		
131	人員確保・採用の手続きが定められている、職場環境が整備されているなど、労務管理がなされている。	◎		○		
指定管理者記入欄						
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)						
<p>(1)オペレーターの人材確保は、適正と定着の見極めをしっかりと行い、採用強化を継続していく方針としている。</p> <p>(2)相談看護師については、研修体制とマニュアルの改良に取り組んでいる。人員確保はできているため、体制が整備ができ次第、研修を開始していく予定。</p> <p>(3)採用については、内部紹介を中心に確保している。さらにWEB媒体も含めて適宜募集を行っている。</p> <p>(4)募集から採用までの手続きはマニュアル通りに運用している。</p> <p>(5)コロナ禍においては、手指消毒の徹底や、入室者名簿記載などの感染防止策を徹底した。また、空気清浄機の設置や休憩スペースの改善、仮眠用ベッドのマットレス更新など環境整備に取り組んでいる。</p>						
【改善すべき点・課題等】						

IV. 救急相談センターの適切な運営

IV.-7 研修

相談看護師・オペレーターに対する研修は十分であるか。

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
134	相談看護師・オペレーターとして必要なマナー及び電話応対に関する研修を行っている。	◎	A	○	B	入職時研修が確立されている。
135	案内業務に従事するために必要な知識を習得するために研修を行っている。	◎		○		定期的な研修が開催されている。
136	救急電話相談業務に従事するために必要な知識を習得するために研修を行っている。	◎		○		新規受託によるクオリティー低下を招かぬよう、OJTも含め効率的研修と手厚いフォローによるスタッフの育成継続を望む。
137	業務全般のサービス水準を向上させていくために、実務研修を行っている。	○		○		
指定管理者記入欄						
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)						
<p>(1)入職時研修(40～48時間)を受講させ、一定のレベルに達しないと就業ができない研修プログラムとなっている。 また、一定のレベルについては管理グループ、横浜市医療局、横浜市医師会、業務責任者の評価基準に基づく。</p> <p>(2)相談看護師の場合、現任研修は年間12回(月1回)、オペレーターの場合は年間4回の定期研修を行っている。</p> <p>(3)プロトコルの理解が不足している従事者に対しては、再研修を行っている。</p>						
【改善すべき点・課題等】						
・導入研修で新たに動画受講システムを導入し、標準化・効率化をすすめ理解度を高めたいと考えている。						

IV. 救急相談センターの適切な運営

IV.-8 マニュアル

マニュアルが整備され、業務が体系化されているか。

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
140	サービス水準を確保するため、標準的な業務実施手順や注意点等がマニュアル化されている。	◎	A	○	B	対応手順がマニュアル化され、常時閲覧可能な環境を作っている点が評価できる。 マニュアルのPDCAサイクルによる活用、ブラッシュアップを期待する。
141	ミーティング等において、職員の意見を取り入れるなど、定期的にマニュアルの見直しが行われている。	○		○		
142	マニュアルが適正に保管され、従事者、管理者により活用されている。	○		○		
指定管理者記入欄						
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>(1)オペレーター、相談看護師ともに、トークスクリプト(手本となるシナリオ)や対応手順がマニュアル化されている。 (2)オペレーター、相談看護師ともに毎月検討会議を実施し、意見交換を行っている。 (3)従事者および管理者マニュアルは公開のフォルダに格納され、常時閲覧可能な状態である。</p>						
<p>【改善すべき点・課題等】</p>						

IV. 救急相談センターの適切な運営

IV.-9 統計・データ分析

業務に必要な統計・データの分析が行われているか。

通し 番号	判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
		小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(◎、△、×の場合は記入必須)
145	曜日、時間帯ごとに入電件数が統計化されており、分析が行われている。	◎	A	○	B	統計化されたデータが集積されている。 今後のデータ蓄積と分析に期待する。
146	電話がつながらない件数が統計化されており、分析が行われている。	◎		○		今後のデータ蓄積と分析に期待する。
147	その他業務に必要な数値が統計化され、分析が行われている。	○		○		今後のデータ蓄積と分析に期待する。
指定管理者記入欄						
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>(1) 日報、週報、月報から必要なデータを抽出し、管理分析が行われている。</p>						
<p>【改善すべき点・課題等】</p>						

V. 収支状況

V.-1 指定管理料の執行状況

指定管理料は適正に執行されているか。

通し番号	判断基準	指定管理者	選定評価委員会	
		チェック項目	チェック項目	評価所見
150	適切な経理書類が作成されている。	✓	✓	実施状況についての記載から、財産の保全および収入支出の経理処理について必要な統制が行われているものと判断される。指定管理料の執行状況とは関連しないが、令和2年度事業報告書の収支報告書の様式が令和元年の様式と異なり、また2期比較で作成されていなかった。事業報告書の作成担当者が確認担当者を兼ねていたために気がつかず提出していたとのことなので、作成担当者と確認担当者を分けることが望まれる。
151	経理を担当する職員を配置している。	✓	✓	
152	収支決算書に記載されている費目に関し、伝票が存在する。	✓	✓	
153	通帳や印鑑などが適切に管理されている。	✓	✓	
154	外部の監査を受けている。	✓	✓	
指定管理者記入欄				
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)				
<p>(1)公益法人会計基準に基づき制定されている経理規程に則り会計処理を執行している。伝票起票や会計ソフト入力、振込手続きは主として医師会経理課で処理している。</p> <p>(2)受付窓口現金の管理、請求書処理、診療報酬請求事務はセンター担当職員が行っている。</p> <p>(3)法人監事、顧問公認会計士、顧問税理士により定期的に会計監査が行われている。</p>				
【改善すべき点・課題等】				

V. 収支状況

V.-2 収支決算状況

予算と決算に大幅な相違がないか。

通し番号

157

平成30年度～令和4年度 収支状況(予算・決算)				
		収入	支出	収支差引
平成30年度	予算	701,442,000	685,214,000	16,228,000
	決算	714,504,745	704,944,641	9,560,104
令和元年度	予算	744,072,000	754,896,000	△ 10,824,000
	決算	715,253,635	719,815,526	△ 4,561,891
令和2年度	予算	745,033,000	738,386,678	6,646,322
	決算	716,335,957	717,408,027	△ 1,072,070
令和3年度	予算	645,949,700	734,094,608	△ 88,144,908
	決算	720,279,444	720,279,444	0
令和4年度	予算	602,096,070	719,561,842	△ 117,465,772
	決算	718,584,034	748,267,477	△ 29,683,443
指定管理者記入欄			選定評価委員会	
令和元年度より新型コロナウイルス感染拡大に起因した外出制限、受診抑制、季節性インフルエンザが流行しなかったことなどによる患者数激減に伴い収入も激減した。大幅な赤字に転じたが、基本協定第41条(経営リスクに対する支援)に基づき横浜市より補てんが行われた。令和元年度、2年度の収支差引額がマイナスであるが、決算後に補てんが行われ最終的には収支均衡となっている。令和4年度赤字分についても、令和5年度会計期間中に補てんされる予定。			予算と決算との間に相違はあるが、新型コロナウイルス感染拡大による受診控えという見積困難な理由に起因するものと推測される。なお、収支報告において収支計算書(2期比較)を開示しているが、前年同期から大きく増減した項目についての説明記載がなかった。提供する情報の充実のため、決算状況についての報告を追加することが望まれる。	

V.-3 利用料金収入実績

収支予算書(令和4年度)で示した利用料金収入がどの程度達成されているか。

160

令和4年度の利用料金収入見込み(収支予算書)	令和4年度の利用料金収入(収支決算書)	達成割合
183,960,000	272,670,278	148%
指定管理者記入欄		選定評価委員会
予算では過年度実績を踏まえ、一日あたり36名受診(×365日=年間13,140名)×診療収入@14,000円と積算したが、実際は年間患者数16,806名と予想を大幅に上回った。収入単価も@16,224円と予測を上回った。なお、収入単価上昇の要因は、令和4年3月より新型コロナ抗原検査を開始したことによる検査料分の増収である。		達成率は148%となり、予算超過分のうち28%は来院者数の見込みと実績の差によるものが含まれているが、20%は新型コロナ抗原検査を開始したことによる経営努力によるものと思われる。